

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.6: D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route

0.c. Indicateur

Indicateur 3.6.1: Taux de mortalité lié aux accidents de la route

0.e. Mise à jour des métadonnées

Mars 2021

0.f. Indicateurs connexes

Indicateurs connexes depuis février 2020

3.5, 11.2

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Concepts et définitions

Définition :

Taux de mortalité attribuable aux accidents de la route, défini comme le nombre de décès par accident de la route pour 100 000 habitants.

Concepts :

Numérateur : nombre de décès dus aux accidents de la route

Chiffre absolu indiquant le nombre de personnes décédées à la suite d'un accident de la route.

Dénominateur : Population (nombre de personnes par pays)

2.b. Unité de mesure

Taux pour 100 000 habitants

3.a. Sources de données

Sources de données

Description :

Pour les décès sur la route, nous disposons de deux sources de données. Données tirées du Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde et des données d'état civil ou les certifications de décès que l'OMS reçoit chaque année des États membres (ministères de la santé).

Pour la population, nous avons utilisé les données de l'Organisation des Nations Unies / Département des affaires économiques et sociales / Division de la population.

3.b. Méthode de collecte des données

Processus de collecte :

La méthodologie utilisée pour collecter des données auprès d'intervenants de divers secteurs dans chaque pays est la suivante. Les coordonnateurs nationaux des données (NDC), qui ont été désignés par leurs gouvernements, ont été formés à la méthodologie du projet. En tant que représentants de leurs ministères, ils ont été tenus d'identifier jusqu'à huit autres experts en sécurité routière dans leur pays de différents secteurs (par exemple, la santé, la police, les transports, les organisations non gouvernementales et / ou le milieu académiques) et de faciliter une réunion de consensus de ces répondants. Alors que chaque expert a répondu au questionnaire en fonction de son expertise, la réunion de consensus facilitée par les NDC, permet de discuter de toutes les réponses, et au groupe de convenir d'un ensemble final d'informations qui représente le mieux la situation de leur pays à un temps donné (jusqu'en 2014, en utilisant les données disponibles les plus récentes). Celui-ci a ensuite été soumis à l'OMS. Plus de détails sont fournis dans le Rapport sur la situation mondiale de la sécurité routière 2015. Un guide de notre questionnaire décrivant les groupes d'âge et d'autres dimensions a été fourni aux pays afin de normaliser les données collectées.

3.c. Calendrier de collecte des données

Calendrier

Collecte de données :

La prochaine collecte de données est prévue pour 2017, bien que les données collectées sur les décès datent probablement de 2015 ou de 2016 (nous demanderons les données nationales les plus récentes disponibles).

3.d. Calendrier de diffusion des données

Diffusion des données :

Les nouvelles données pour cet indicateur seront publiées début 2019.

3.e. Fournisseurs de données

Fournisseurs de données

Les données sur les décès dus aux accidents de la route ont été fournies au niveau national principalement par trois ministères, à savoir le ministère de la santé, le ministère de l'intérieur et le ministère des transports

3.f. Compilateurs des données

Compilateurs de données

L'OMS est l'organisation responsable de la compilation et de l'établissement de rapports sur cet indicateur au niveau mondial.

3.g. Mandat institutionnel

Conformément à l'article 64 de sa constitution, l'OMS est mandatée pour demander à chaque État membre de fournir des statistiques sur la mortalité. En outre, le Règlement de l'OMS sur la nomenclature de 1967 affirme l'importance de compiler et de publier des statistiques sur la mortalité et la morbidité sous une forme comparable. Les États membres ont commencé à déclarer des données sur la mortalité à l'OMS depuis le début des années cinquante et cette activité de notification se poursuit jusqu'à aujourd'hui.

4.b. Commentaire et limites

Commentaires et limites :

Il n'y a pas de données d'état civil pour tous les pays permettant d'effectuer une comparaison avec les données reçues dans le cadre de l'enquête. Nous n'avons publié que les intervalles de confiance pour les pays dont les données d'état civil sont peu complètes. De plus, nous ne pouvons pas collecter des données sur le trafic routier chaque année en utilisant cette méthodologie décrite dans le rapport de situation mondial.

4.c. Méthode de calcul

Méthodologie

Méthode de calcul :

Notre modèle est basé sur la qualité des données que nous avons reçues. En tant qu'organisation de santé, nous nous appuyons principalement sur la soumission des données d'état civil des ministères de la Santé des pays ' à l'OMS (par les voies officielles). Ces données, sur toutes les causes de décès, sont ensuite analysées par nos collègues du département des Systèmes d'Information Sanitaire pour décider de la qualité des données, c'est-à-dire déterminer s'il existe une bonne exhaustivité et une bonne couverture des décès toutes causes confondues.

Nous avons classé les pays en 4 catégories ou groupes, à savoir

Groupe 1: Pays disposant de données d'enregistrement des décès (bonnes données d'état civil / d'enregistrement des décès)

Groupe 2: Pays disposant d'autres sources d'informations sur les causes de décès

Groupe 3: Pays de moins de 150 000 habitants

Groupe 4: Pays sans données d'enregistrement des décès éligibles.

Le service des systèmes d'information sanitaire analyse la qualité et l'exhaustivité des données. Pour le modèle de sécurité routière, si le pays est considéré par l'OMS comme ayant de bonnes données d'état civil (RV), cela signifie que le pays est dans le groupe 1, alors nous n'appliquons ' t un modèle de régression pour arriver à une estimation (nous pouvons toutefois projeter vers l'avant si les données d'état civil sont datées). Si le pays est considéré dans le groupe 4, nous appliquons une régression binomiale négative où N est le nombre total de décès sur la route, C est un terme constant, X_i est un ensemble de covariables explicatives, Pop est la population pour le pays-année, et ϵ est le terme d'erreur binomial négatif.

Pour les pays du groupe 2, la méthode de régression décrite ci-dessus a été utilisée pour projeter l'année la plus récente pour laquelle une estimation du nombre total de décès était disponible.

Enfin, les pays du groupe 3 qui ont une population de moins de 150 000 habitants et ne disposaient pas de données d'enregistrement des décès éligibles, les estimations de régression n'ont pas été utilisées. Seuls les décès déclarés étaient directement sans ajustement.

Plus de détails sur ce processus d'estimation dans *Global Status Report on Road Safety 2015* .

4.e. Ajustements

Les décès de sexe inconnu ont été redistribués au prorata au sein des groupes de cause-âge de sexe connu, puis les décès d'âge inconnu ont été redistribués au prorata dans les groupes de cause-sexe d'âge connu.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national (ii) au niveaux régional

Traitement des valeurs manquantes:

- *Au niveau national :*

Le traitement des données manquantes a été effectué comme suit :

1) Nous avons identifié des valeurs manquantes (ou des années) dans les données de l'état civil (VR) et cherché d'autres sources dans nos données de cas à partir du questionnaire / enquête (rapporté) pour ces années. Nous avons ensuite calculé le facteur VR / déclaré pour les 3 dernières années où les données VR et déclarées étaient disponibles et nous avons utilisé ce facteur pour ajuster les données déclarées afin de remplacer la valeur manquante des données VR.

2) Dans le cas où il y avait des données manquantes dans les données VR et rapportées, les valeurs manquantes ont été imputées avec une régression binomiale négative du taux pour chaque pays si la régression convergeait ou était significative. Sinon, nous avons utilisé le taux moyen d'années avec des données.

- *Aux niveaux régional et mondial :*

Identique à la procédure décrite pour 11.2 ci-dessus

4.g. Agrégations régionales

Agrégats régionaux :

Nous avons utilisé le groupement régional de l'OMS et la moyenne pour calculer le taux pour chaque région. Cela signifie la somme des décès dus aux accidents de la route pour la région (i) multipliée par 100 000 et divisée par la population de la région (i).

4.i. Gestion de la qualité

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé un Groupe de référence sur les statistiques de la santé en 2013 pour fournir des conseils sur les statistiques de la santé de la population à l'OMS, en mettant l'accent sur les questions méthodologiques et de données liées à la mesure de la mortalité et aux tendances de cause de décès. Le groupe a facilité l'interaction entre les institutions multilatérales de développement et d'autres groupes universitaires indépendants avec des groupes d'experts de l'OMS dans des domaines spécifiques, y compris les méthodes d'estimation des causes de décès.

4.j. Assurance de la qualité

Les principes de données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournissent une base pour réaffirmer continuellement la confiance envers les informations et les preuves de l'OMS au sujet de la santé publique. Les cinq principes sont conçus pour fournir un cadre pour la gouvernance des données pour l'OMS. Les principes sont principalement destinés au personnel de l'OMS dans toutes les parties de l'Organisation afin d'aider à définir les valeurs et les normes qui régissent la manière dont les données qui entrent, circulent et sortent de l'OMS sont recueillies, traitées, partagées et utilisées. Ces principes sont rendus publics afin qu'ils puissent être utilisés et mentionnés par les États membres et les acteurs non étatiques collaborant avec l'OMS.

4.k. Évaluation de la qualité

Toutes les déclarations et allégations faites officiellement par le Siège de l'OMS concernant les estimations de l'état de santé au niveau de la population (pays, région, monde – par exemple, la mortalité, l'incidence, la prévalence, le fardeau de morbidité) sont approuvées par le Département des données et de l'analyse (DDA) par le biais du processus d'autorisation exécutive. Cela inclut les instructions de « GATHER » qui fait la promotion des pratiques exemplaires en matière de déclaration des estimations de la santé à l'aide d'une liste de contrôle de 18 éléments qui devraient être déclarés chaque fois que de nouvelles estimations de la santé mondiale sont publiées, y compris des descriptions des données d'entrée et des méthodes d'estimation. Élaborées par un groupe de travail convoqué par l'Organisation mondiale de la Santé, les lignes directrices visent à définir et à promouvoir les bonnes pratiques en matière de déclaration des estimations de la santé.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données

Description :

Nous avons des données pour 194 pays.

Séries chronologiques :

De 2000 à 2013

Désagrégation :

Nous avons désagrégé les données par types d'utilisateurs de la route, âge, sexe, groupes de revenus et régions de l'OMS

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Les estimations des taux de trafic routier faites par l'OMS, sont dans de nombreux pays, différentes des estimations officielles pour les raisons décrites ci-dessus se rapportant à notre méthodologie.

Il existe également des différences dans les données utilisées pour la population entre les données nationales et les estimations produites par le Département de la population des Nations Unies.

7. Références et documentation

Références

URL :

http://www.who.int/violence_injury_prevention

Références :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/fr/